

NOTA DE PRENSA

REUNIÓN DE TRABAJO SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS

La Fundación Ad Qualitatem organiza un foro monográfico sobre el reto de los enfermos crónicos con la colaboración de Lilly

Gobierno y autonomías buscan un patrón común para atender las enfermedades crónicas en los próximos años

En 2025, 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años y 6 de cada 10 padecerán una enfermedad crónica

Si no se reforma el Sistema Nacional de Salud, el déficit de su financiación llegará a los 50.000 millones de euros en 2020

Existe acuerdo generalizado en unificar la asistencia social y sanitaria de estos pacientes

Las nuevas tecnologías médicas y asistenciales mejoran la calidad de vida del enfermo al tiempo que abren nuevas demandas para el sistema sanitario

Madrid, 3 de marzo de 2015.- Consejeros y altos cargos directivos de diversas comunidades autónomas, así como del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se han dado cita en una reunión de trabajo monográfica para analizar el estado de atención de la enfermedad crónica en España.

El foro, organizado por la Fundación Ad Qualitatem, ha sido inaugurado por su presidente y su secretario general técnico, **Alfredo Milazzo** y **Joaquín Estévez**, respectivamente, y ha contado con la colaboración de **Lilly**, cuya **directora de Asuntos Corporativos, Teresa Millán**, ha intervenido en la apertura de la sesión.



La **subdirectora general de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), Paloma Casado**, ha señalado el objetivo de **unificar los criterios para estratificar a la población** de los enfermos crónicos en cada una de las 17 autonomías, de forma que “todas tengan a su población clasificada a partir del mismo modelo para que sea posible la predicción futura del consumo de recursos con los mismos algoritmos”. Esta iniciativa se incluye en las principales líneas de trabajo acordadas como consecuencia de la Estrategia Nacional de abordaje de la patología crónica acordada el 27 de junio de 2012 en pleno del Consejo Interterritorial.

Hasta la fecha, los gobiernos regionales han desarrollado sus propios esquemas *estratificadores* para hacer una composición de lugar de la demanda de esta clase de enfermos en su territorio.

La **Comunidad de Madrid**, por ejemplo, parte de cuatro grandes capas para dirigir su proyecto integrador de la asistencia a estos enfermos en el Servicio Madrileño de Salud (Sermas), según ha precisado su **director general de Atención al Paciente, Julio Zarco**: la población general, a la que destina sus planes de



prevención y promoción de la salud; las personas con patología crónica capaz de autocuidado (entre el 70% y el 80% de los usuarios de la sanidad); pacientes de alto riesgo (15%), y de alta complejidad (5%).

En esta línea, desde la misma región, **Ana Míquel, coordinadora de la Estrategia de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas en la misma autonomía**, ha anunciado la implementación en el próximo mes del

Proceso Asistencial Integrado del Paciente Pluripatológico Complejo, ya que “nuestra estrategia en realidad afecta a todas las patologías” de curso evolutivo prolongado, y ha informado de que “hay en marcha 21 proyectos en esta dirección y habrá otros dos más para el mes de julio”.

Escuelas de salud, indicadores y gestión de la enfermedad

El ejecutivo nacional también trabaja en cambiar el modelo cultural de atención a la enfermedad crónica desde la mentalidad y el compromiso de los profesionales y en esta línea se ha creado una Red de **Escuelas de Salud para la Ciudadanía**, como ha señalado **Paloma Casado**.

Por su parte, la **Comunidad Foral de Navarra**, entre otras, ha ligado este compromiso docente del Estado a su propia estrategia autonómica, cuyo objetivo último reside en la consolidación del llamado **paciente experto**: aquel capaz de cuidarse a sí mismo en colaboración con los agentes de salud, según ha incidido la **consejera de Salud del Gobierno de esta comunidad autónoma, Marta Vera**.

La máxima responsable de la sanidad navarra ha mencionado la **retribución variable y por objetivos de los profesionales** “en función de resultados medidos a partir de indicadores de calidad integral”, como una de las formas para alcanzar el cambio cultural en la asistencia sanitaria, así como la necesidad de empoderar al paciente para hacerle responsable de su propia salud.

“En esta autonomía –ha destacado **Vera**– nos hemos propuesto tres retos: la mejora de resultados en salud, la calidad y la sostenibilidad”, pues “debemos pensar en un sistema de salud orientado a las necesidades de los pacientes y no a la demanda”, como ha sucedido hasta ahora.

La **gerente del Servicio Navarro de Salud, Cristina Ibarrola**, ha explicado que, para hacer realidad ese sistema, los responsables políticos se han propuesto la creación de “una macrobase de 60 millones de datos para identificar 76 variables de la población”, entre otras pruebas complementarias, indicadores de Atención Primaria y Especializada y registros de los servicios de urgencias.

Otros de los proyectos desarrollados por el Estado para mejorar la situación de la enfermedad crónica, citados por **Casado**, han sido las **Guías de Práctica Clínica** -elaboradas por el Ministerio de Sanidad-, la implementación de **Indicadores de Estrategia**, que sirven para el seguimiento y consecución de los objetivos marcados y la inclusión de recomendaciones adicionales, así como para el desarrollo de un Conjunto Mínimo Común de estos parámetros con visión estatal, y el **Plan de Gestión de Enfermedades Crónicas**, que trata de agilizar su ejecución.

Otros departamentos de salud

También han estado representados en la reunión los departamentos de salud autonómicos de **Cataluña**, por medio del **director del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria de la Generalitat, Albert Ledesma**; País Vasco, a cargo del **subdirector de Asistencia Sanitaria en Osakidetza, Carlos Sola**, y **Andoni Arcelai**, del **Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (SIAC)**; Galicia, por medio de **director de Asistencia Sanitaria del Sergas, Félix Rubial**; Islas Baleares, con el **director médico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca del Servicio de Salud, Amador Ruiz**; Castilla y León, con el **director técnico de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud, Siro Lleras**; e Islas Canarias, con la **directora general de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, Antonia María Pérez**.

En el caso de Cataluña, **Ledesma** ha hecho frente común respecto a la necesidad de unificar las prestaciones tanto sociales como sanitarias, ya que “el paciente debe entender que le ofrecemos un solo servicio”, y así se recoge en el **Plan Estratégico de Salud** de esta comunidad autónoma, que incluye un **Modelo Catalán de Atención Integrada Social y Sanitaria**, tal como se ha plasmado en un documento inédito que ya ha sido aprobado por la Generalitat.

En otras comunidades autónomas como la castellano-leonesa, se ha avanzado en la integración sociosanitaria, en los últimos dos años, por medio de un convenio de Gestión Conjunta entre los departamentos dedicados a la salud y a los servicios sociales, según ha puntualizado **Lleras**.

Rubial, del **Sergas**, ha destacado el punto fuerte de **Galicia** en el ámbito de la asistencia de la enfermedad crónica: la receta electrónica. Instaurada en enero de 2009, a finales de 2010 logró cubrir el 91% de las prescripciones en ese formato, y, en la actualidad, acapara el 98,82%. También en este campo destacan otros servicios regionales de salud como el balear, del que **Ruiz** ha destacado algunos elementos de tecnología avanzada como la carpeta de salud accesible con DNI electrónico, y la canaria, cuya representante en el foro, **Pérez**, ha señalado la originalidad del sistema de notificación epidemiológica del archipiélago.

Ronda de conclusiones

En el tramo final de la reunión, el **secretario general técnico de la Fundación Ad Qualitatem, Joaquín Estévez**, ha advertido, con relación a este último punto, de que las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) “deber servir a los profesionales y no marcar la pauta de los hospitales ni de los departamentos de salud; esto es, su función consiste en facilitar el trabajo de los agentes sanitarios, no de obstaculizarlo”. Y, en este sentido, ha resaltado el papel que va a desempeñar la **telemedicina**, la **asistencia en domicilio** o el trabajo en función de procesos, ya que la asistencia del enfermo crónico no puede realizarse desde “compartimientos estancos”.

Por último, el presidente de la Fundación, **Alfredo Milazzo**, ha destacado el especial cariz de la **Medicina Interna** como canalizadora de la asistencia integrada de la enfermedad crónica.

Fundación Ad Qualitatem

Ad Qualitatem es una fundación sin ánimo de lucro que pretende dar respuesta a las necesidades que las profesiones sociosanitarias en España tienen en materia de calidad y excelencia. La Fundación gestiona el sello que lleva su mismo nombre emitiendo, en su caso, la correspondiente certificación para su uso, y vigilando, asimismo, su adecuada utilización. De este modo, desde su nacimiento en 2004, ha creado y

certificado normas de calidad para distintos ámbitos sociosanitarios, algunas de ellas de la mano de importantes instituciones, entre otras, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos.

Sobre Lilly

Lilly es un líder global de la atención sanitaria que une pasión con descubrimiento para mejorar la vida de las personas en todo el mundo. Nuestra compañía fue fundada hace más de un siglo por un hombre comprometido a fabricar medicinas de gran calidad que atienden necesidades reales. Hoy seguimos siendo fieles a esa misión en nuestro trabajo. En todo el mundo los empleados de Lilly trabajan para descubrir y ofrecer medicinas vitales a aquellos que las necesitan, mejorar la comprensión y el tratamiento de la enfermedad y contribuir a las comunidades a través de la acción social y el voluntariado. Si desea más información sobre Lilly, visítenos en www.lilly.com y www.lilly.es